

Gestão, Gestão em Saúde e Gestão Hospitalar — *Back to Basics*

A discussão sobre a necessidade de existência de formação específica para a aquisição de conhecimentos e de competências para o exercício profissional de um gestor em organizações de saúde embora não seja nova, nem pacífica, merece um regresso ao tema.

De facto, numa pesquisa rápida e sem pretensões de ser completa, encontraram-se sobre este tema quatro editoriais e um artigo na Revista Portuguesa de Saúde Pública, para além de livros recentes de autores portugueses sobre a gestão em saúde, como são exemplos, um da autoria do Prof. Vasco Reis (Novembro de 2007) e outro da autoria do Dr. Mário Jorge de Carvalho (Maio 2008).

Mais uma vez sem preocupações de exaustividade, as principais razões para a necessidade de existência de programas específicos para a formação em gestão em saúde ou em gestão hospitalar são encontradas nas características do mercado de saúde, nomeadamente na incerteza sobre o momento e o tipo de contacto, na assimetria de informação e na inexistência de uma integração vertical, na complexidade das organizações de saúde, onde emerge a existência de uma dupla linha de autoridade e na existência de temas com abordagens quase singulares, como, por exemplo, a medição da produção, o financiamento da saúde e das organizações de saúde, a gestão da qualidade e a avaliação do desempenho hospitalar.

Embora possam existir diversos critérios para classificar ou catalogar os artigos apresentados neste número da RPSP, numa primeira abordagem podem ser consideradas duas grandes categorias: a primeira com estudos associados a aspectos conceptuais e a segunda com estudos de investigação aplicada.

Os artigos conceptuais percorrem diversas áreas da gestão em saúde, dois de natureza mais interna, relacionados com a produção dos hospitais e com a qualidade dos cuidados prestados e outros dois de natureza mais sistémica, associados ao modelo organizacional da prestação de cuidados de saúde e ao financiamento das organizações de saúde.

Por sua vez, os artigos de investigação aplicada analisam questões relacionadas com a qualidade dos cuidados prestados, designadamente a existência de associação entre estrutura, processo e resultados em saúde, com a organização interna do trabalho e os resultados em saúde, mais particularmente, a mortalidade e a demora média e com o desenvolvimento e aplicação de modelos para estimar custos por doente.

Considerando os artigos individualmente devem ainda ser evidenciadas algumas particularidades, tendo sempre em vista a introdução de novo conhecimento e a «socialização» ou generalização de informação e conhecimento na gestão em saúde e/ou na gestão hospitalar em Portugal.

No artigo «*Diagnosis Related Groups e Disease Staging: importância para a administração hospitalar*» procura-se, numa primeira fase caracterizar estes dois sistemas de classificação de doentes, enunciando igualmente as suas vantagens e desvantagens, para numa segunda fase apresentar as diferenças reais e práticas encontradas entre estes dois sistemas para classificar os doentes. Os resultados indicam que os algoritmos de decisão dos dois sistemas são distintos e demonstram pontos de chegada também completamente diferentes, embora o ponto de partida (os *inputs*) seja o mesmo. Embora internacionalmente estas diferenças sejam reconhecidas e estejam documentadas, a forma como este artigo é apresentado constitui uma novidade em Portugal, devendo ainda evidenciar-se que ao analisar duas questões importantes no processo produtivo dos hospitais, a complexidade e a gravidade dos doentes tratados, o artigo pode contribuir para uma melhor «socialização» do conhecimento e ainda, eventualmente, para uma redução de conflitos entre as duas linhas de autoridade dos hospitais, a técnica e a de administração.

No artigo «*A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e operacionais*» procura-se introduzir na discussão em Portugal a importância do modelo organizacional sobre a eficiência e a efectividade dos cuidados prestados. Começa-se por descrever o «estado da arte» da integração vertical, desde a revisão dos principais aspectos teóricos, até ao enunciado das principais barreiras e das condições facilitadoras à sua implementação. Contudo, os aspectos mais relevantes deste estudo apontam noutras direcções. Em primeiro lugar, deve ter-se presente que a actual falta de integração vertical se deve, quase exclusivamente, a preferências dos prestadores, sejam estes proprietários, administradores ou profissionais de saúde. Em segundo lugar, o artigo pretende introduzir uma discussão generalizada sobre o modelo existente em Portugal, incluindo as reformas recentemente implementadas, ou em curso e mesmo as anunciadas. A este propósito o «modelo» escolhido não parece o mais adequado, privilegiando e promovendo a desintegração vertical de cuidados de saúde, a ausência de gestão ao nível local e com tentações de reforço de um modelo centralizado e «único», o que na prática se traduz numa preferência para colocar os prestadores no centro do sistema e não os cidadãos como é quase sempre afirmado.

No artigo «*Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária*» percorre-se um trajecto teórico sobre a qualidade dos cuidados prestados e a sua aplicação a uma situação concreta — a doença coronária. Neste estudo, mais uma vez é apresentado o «estado da arte» sobre a avaliação dos cuidados prestados, onde emergem duas grandes vertentes, a melhoria contínua e o aumento da efectividade dos cuidados prestados. É igualmente referida a necessidade de avaliação dos resultados em saúde, com recurso a metodologias de ajustamento pelo risco. Daqui poder inferir-se que para melhor responder às exigências da sociedade e para colocar o cidadão no centro do sistema é relevante avaliar e comparar o desempenho dos hospitais.



No artigo «*Financiamento por capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação*», para além da apresentação do enquadramento teórico e da descrição de alguns modelos internacionais para o financiamento por capitação, emerge desde logo a necessidade de ajustamento pelo risco. No entanto, deve ter-se presente que o título do artigo é por si só uma declaração de conflitos de interesses — os autores manifestam a sua preferência pelo financiamento por capitação. Após a apresentação e «socialização» do *rationale* que sustenta esta posição, deve igualmente analisar-se o que se passa em Portugal, onde emergem modelos de financiamento fraccionados indutores de comportamentos perversos, como é o caso particular dos hospitais, onde é incentivado o pagamento da doença. Por outro lado, procurou-se também identificar as razões que sustentam o modelo em vigor e discutir qual a melhor alternativa para o SNS português.

No artigo «*Acreditação, benchmarking e mortalidade*» pretende-se avaliar e comparar os resultados dos hospitais que estão ou estiveram em processos de acreditação e/ou de *benchmarking* com outros que nunca aplicaram estas metodologias. Mais uma vez, após a revisão da literatura sobre o assunto, são apresentados os valores do estudo. Estes não são surpreendentes em termos internacionais, embora para Portugal possam gerar alguma controvérsia, visto não existirem diferenças nos resultados em saúde dos hospitais, medidos pela mortalidade ajustada pelo risco e o facto de os hospitais terem ou não sido acreditados e/ou estarem envolvidos em processos de *benchmarking*. Para os autores parece natural esta situação, tanto pelo facto de os processos de acreditação serem condições necessárias, mas não suficientes para os hospitais funcionarem bem, como pela circunstância de os hospitais que se envolveram em processos de acreditação estarem com situações de partida completamente diferentes. Assim, sugere-se para o futuro que a estratégia de acreditação dos hospitais portugueses seja mais aprofundada e sustentada em evidência.

No artigo «*Varição na mortalidade e na demora média do internamento por dia de admissão e de alta*» procura-se relacionar os resultados dos hospitais, sendo estes medidos pela mortalidade e pela demora média, ambos ajustados pelo risco com os diferentes dias da semana. Existem diversos estudos internacionais que evidenciam algumas diferenças em um ou ambos os indicadores em função do que é designado por «efeito fim-de-semana». Os resultados encontrados para Portugal no ano de 2006, onde ainda não era possível controlar os resultados pela hora de ocorrência do fenómeno (admissão ou alta) sugerem que os efeitos são mais relevantes para a mortalidade e para o momento de ocorrência (alta). A dimensão do problema parece preocupante, apontando para que o modelo organizacional do trabalho, por exemplo, a distribuição do volume e do tipo de recursos humanos por dia de semana, pode estar a contribuir para um agravamento dos resultados em saúde, evidenciando-se mais uma vez que as preferências da oferta se sobrepõem às da procura. É ainda referida a necessidade de se realizarem mais estudos para melhor se perceber o fenómeno e as interacções existentes.

No artigo «*A importância do apuramento de custos por doente: metodologias de estimação aplicadas ao internamento hospitalar português*» os autores referem a importância de se desenvolver em Portugal um sistema de informação que permita

o apuramento dos custos por doente. Atendendo à magnitude da problemática em estudo, a análise foi limitada ao internamento hospitalar. A aplicação de duas metodologias distintas para a estimação de custos, uma recorrendo aos custos por serviço e outra recorrendo a um modelo internacional — a matriz de custos de Maryland — permite evidenciar dois aspectos: em primeiro lugar, a possibilidade e a simplicidade na definição de metodologias de estimação de custos no internamento hospitalar e, em segundo lugar, a existência de resultados distintos na aplicação das duas metodologias, valorizando-se mais os custos dos episódios com tratamento médico quando se utiliza o modelo de custos por serviço, acontecendo o inverso, custos estimados mais elevados nos episódios com tratamento cirúrgico, quando se utiliza a matriz de custos de Maryland. Finalmente, deve ainda referir-se que, face à pesquisa realizada pelos autores, esta foi a primeira vez que se apresentaram e discutiram modelos para estimação de custos por doente em Portugal.

Após a apresentação dos artigos que integram este número da RPSP, é importante sublinhar alguns aspectos.

Em primeiro lugar, existe uma linha condutora em todos os artigos — a prioridade dada ao cidadão na organização e na prestação de cuidados de saúde.

Em segundo lugar, a necessidade de ajustamento pelo risco para o financiamento e para a avaliação da actividade e dos resultados das organizações de saúde.

Em terceiro lugar, a importância que os resultados têm vindo a ganhar na avaliação das organizações de saúde, embora com uma notoriedade mais recente em Portugal.

Em quarto lugar, que a simples apresentação, leitura e discussão destes artigos evidencia a diferença entre gestão e gestão em saúde (e gestão hospitalar) e reforça a necessidade da existência de programas específicos para a gestão de organizações de saúde.

Finalmente, embora muitas vezes envolva e potencie a polémica, em Portugal torna-se imperativo avaliar o impacte de qualquer medida pela evidência e não pelo «acho que» ou pelas singularidades do modelo e das pessoas envolvidas.

Carlos Est